

СРОКИ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ВРОЖДЕННЫХ И ПРИОБРЕТЕННЫХ ДЕФЕКТОВ И ДЕФОРМАЦИЙ НОСА

Кафедра и клиника челюстно-лицевой
и пластической хирургии
(зав. каф. - проф. О.П. Чудаков)
Минского государственного
медицинского института.

Представлен материал по статистической обработке клинического материала по разделу "ринопластика" архива клиники челюстно-лицевой и пластической хирургии МГМИ за 16 лет. Для этой цели использованы программы MSTAT и SC 5. При этом определена взаимосвязь длительности лечения от половой принадлежности пациента, возраста его, профессиональной деятельности, сложности и тяжести патологического процесса, методов хирургического лечения.

Одним из важнейших обобщающих показателей, характеризующих совершенство использования варианта хирургического лечения врожденных и приобретенных дефектов и деформаций носа, является показатель длительности стационарного лечения. Он находится в прямой зависимости от следующих параметров: возраста, пола, профессии (рабочий, служащий, учащийся, неработающий); вида травмы (бытовая, огнестрельная, спортивная, дорожно-транспортная). Не меньшее влияние на исследуемый показатель имеет и давность полученной травмы, тяжесть патологии (врожденные и приобретенные дефекты и деформации носа), методы хирургического лечения с количеством используемых трансплантатов, локализацией их трансплантации.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

На персональном компьютере в программе MSTAT и SC5 нами обработано 362 клинических истории болезни пациентов с врожденными и приобретенными дефектами и деформациями носа за 16 лет (1980-1996) архива кафедры и клиники челюстно-лицевой и пластической хирургии МГМИ по разделу

"ринопластика". Принцип математической обработки заключался в определении частоты встречаемости отдельных признаков-факторов и в построении математической модели - зависимости срока госпитализации от параметров пациента, введенных нами (1):

116 векторов-признаков, или признаков-характеристик врожденных и приобретенных дефектов и деформаций носа;

51 вектор-признак, характеризующие методы хирургического лечения;

1 вектор-признак, указывающий на количество и характер используемых трансплантатов (ауто-, аллогенных, комбинированных);

8 векторов-признаков, характеризующих локализацию пересадки трансплантатов.

Частота встречаемости признака определялась по формуле:

$$m_{xj} = \frac{n_{xj}}{N} \times 100$$

где m_{xj} - частота встречаемости признака (n_{xj}) на 100 возможных, N - число всех исследуемых случаев (т.е. 362 исследования).

Показатели тесноты связи нами определялись через коэффициенты парной корреляции (КПК), которые рассчитывались по формуле (2):

$$\frac{x_j \times x_{j0} - x_j \times x_{j0}}{\delta_{xj} \times \delta_{xj0}} = r_0$$

при $j \neq j_0$

где j - номер признака;

x_{j0} - влияющий, или независимый вектор-признак;

x_j - зависимый сектор-признак;

δ_{xj0} - среднее квадратное отклонение

$$\delta_x = \sqrt{\frac{\sum (x_i - \bar{x})^2}{n-1}}$$

где x_j и \bar{x}_j - фактическое и среднее значение признака;

n - число наблюдений.

Поскольку значения КПК имеют вероятностный характер, важно выяснить, при каких его значениях зависимость между векторами-признаками - устойчивая. С этой целью определяется коэффициент существенности КПК (t_2), выражающий устойчивость связи между векторами-признаками при величине не менее 2,58:

$$t_2 = \frac{r}{M_2} \geq 2,58; \quad \text{при } M = \frac{1-r^2}{\sqrt{n-1}}$$

где M - ошибка коэффициента парной корреляции.

Нетрудно выяснить, что при $n=362$, t_2 будет выше 2,58, если абсолютная величина " r " равна 0,13 и более.

КПК при положительном значении означает увеличение результирующего вектора-признака при положительном значении влияющего. При отрицательном значении КПК увеличение влияющего вектора-признака приводит к снижению зависимого (I). К тому же нами определялись коэффициенты регрессии (a), которые показывали, на сколько единиц увеличивается результирующий вектор-признак при увеличении влияющего на I при положительном значении (a) и, обратную связь, при отрицательном значении. При этом коэффициент существенности регрессии (t_a) должен быть равен, более 1,96.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Используя формулу расчета средней арифметической, мы получили средний срок госпитализации пациента, который равен 18,0 дням. КПК при рассмотрении взаимосвязи между длительностью лечения и возрастом пациента имеют незначительные величины -0,003; 0,004, что указывает на отсутствие какого-либо заметного влияния возраста пациента на длительность стационарного лечения. Тем более что возрастной интервал наших пациентов колебался от 16-и до 45 лет.

Далее исследования показали, что срок госпитализации у служащих с дефектами и деформациями носа у 3-х па-

циентов из 100 короче, по сравнению с другими социальными группами населения. Нам представляется, что это может быть связано с психологической ориентацией пациента, более дисциплинированным и серьезным отношением к больничному режиму в до- и послеоперационные периоды, строгим соблюдением рекомендаций лечащего врача.

10 пациентов из 100, получивших травму носа в детском возрасте, лечились меньше установленного среднего срока (по сравнению с другими группами больных), поскольку большинство обратившихся были женщины, многие из которых лечились ранее в других лечебных учреждениях и поступали в нашу клинику с целью проведения плановых реопераций.

У 7 пациентов из 100 с остаточными деформациями крыла носа, кожно-хрящевого отдела основания носовой перегородки, оперированных в раннем детском возрасте по поводу врожденной расщелины верхней губы, срок лечения был удлинен. При такой сложной патологии, как врожденная деформация костей носа, искривление носовой перегородки в сочетании с деформацией основания кожно-хрящевого отдела, врожденной расщелиной кончика носа - длительность лечения у 13 пациентов из 100 увеличилась на 18,8 дней (КПК = 0,131), коэффициент существенности коэффициента регрессии $t_a = 4,08$. Удлинение срока госпитального лечения имело место и у пациентов с дефектами какого-либо одного отдела носа. Так у 21 пациента из 100 на - 6,6 дней (КПК = 0,213), $a = 6,57$, в том числе при сквозных дефектах крыла носа, которые составили 13 наблюдений из 100, - на 7,2 дней (КПК = 0,127), $a = 7,23$; травматической деформацией костей носа (сколиоз, кифоз), искривлением носовой перегородки, деформацией крыльев носа, кончика носа - у 16 пациентов из 100 - на 24 дня (КПК = 0,160), $a = 24,0$; $t_a = 3,4$. У пациентов с приобретенными дефектами и деформациями носа сокращение длительности лечения отмечено у больных с искривлением носовой перегородки на 6,2 дней в 15 наблюдениях из 100 по сравнению со средним сроком госпитального лечения (КПК = 0,149); $a = -6,2$; $t_a = 1,98$. Сроки пребывания в ста-

ционаре в зависимости от метода хирургического лечения таковы:

- при пластическом устранении дефекта одного из отделов носа в 26 наблюдениях из 100 срок лечения удлинялся на 15 дней, $t_a = 2,58$:

- при ступенчатой остеотомии костей носа по Воячеку с их редрессацией и репозицией, удалением горба носа - у 15 больных из 100 удлинение срока госпитального лечения составило 9,9 дней, $t_a = 3,67$.

Очевидно, что тяжесть хирургической патологии носа определяет и сложность оперативного вмешательства, количество необходимых для пересадки трансплантатов (ауто-, аллогенных, комбинированных). Исследования показали, что с увеличением количества пересаженных трансплантатов во время ринохондропластических операций у 12 пациентов из 100 срок лечения увеличивается на 1,2 дня по сравнению со средним, $t_a = 3,05$.

Удлинение сроков лечения имело место у больных с последствиями термических ожогов (21 пациент из 100), с огнестрельной травмой (4 случая из 100), производственной травмой (10 больных из 100).

ВЫВОДЫ

1. Срок госпитализации пациентов с врожденными и приобретенными дефектами и деформациями носа составляет в среднем 18,0 дней.

2. При врожденных дефектах и деформациях носа, связанных с врожденными расщелинами верхней губы, губы и неба, сроки лечения, как правило, более длительные, чем у пациентов с врожденной патологией, не связанной с расщелинами верхней губы и неба. При наличии сложной патологии носа, связанной с нарушением аномической формы носа /деформация костного, хрящевого отделов/, дефицитом мягких тканей

носа, верхней губы, срок госпитализации заметно увеличивается / на 18,8 дней по сравнению со средним сроком лечения/.

3. У пациентов с приобретенными дефектами и деформациями носа, увеличение срока госпитализации отмечается при наличии дефекта какого-либо отдела носа / чаще крыла/. Это подтверждается выявленной взаимосвязью между сроком лечения, вариантом, а также объемом оперативного вмешательства, в основе которого лежит этапность восстановительного лечения.

4. Сложность приобретенной хирургической патологии носа чаще приводит к увеличению общей длительности лечения, хотя, при увеличении количества используемых трансплантатов / ауто-, аллогенных, комбинированных/, мы не выявили заметного влияния этого фактора на длительность лечения / увеличение на 1,2 дня по сравнению со средним сроком/.

ЛИТЕРАТУРА

1. Крестень О.П. "Методы анализа регрессий и корреляций". Рига, 1970, с.32-40.

2. Чупров А.А. "Вопросы статистики". Избр. статьи, М., 1960, с. 56-61.

SUMMARY

DUVATION OF HOSPITAL STAY OF SURGICALLY TREATED PATIENTS WITH CONGENITAL AND DEVELOPED NOSE DEFECTS

O. P. Chudakov, I.I. Lynkova.

The 16 years rhinoplasty data obtained from the files of the Maxillo-facial and plastic surgery Clinic of the Minsk Medical Institute are presented in the article. programmes MSTAT and SC5 were used for data processing. Dependence of the treatment course duvation and patient's sex, age, occupation, pathologic process complexity and severity and treatment approach is cosidered.